

## Demande de prestations de maladie grave Déclaration de l'employeur

### Important :

La Déclaration de l'employeur et la Déclaration de l'employé dûment remplies sont nécessaires à l'évaluation de la demande de règlement. **Ces formulaires doivent être soumis à la Canada Vie dans les délais établis.** Conformément aux Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie et aux lois applicables, l'employé peut avoir accès aux renseignements personnels contenus dans son dossier. Toute information que vous nous fournissez en lien avec l'évaluation de la présente demande de règlement pourrait éventuellement être consultée par l'employé.

### Directives :

Veuillez fournir une copie du formulaire d'adhésion à l'assurance maladies graves (A.M.G.) pour confirmer l'adhésion à cette garantie. Si vous n'avez pas accès au formulaire d'adhésion, une capture d'écran sera acceptée en guise de confirmation. Veuillez vous assurer que la capture d'écran indique la protection d'A.M.G. à l'intention de l'employé et de toute personne à sa charge / toutes les personnes à sa charge.

### A. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Nom	Numéro de régime	Numéro de division (s'il y a lieu)	Classe (s'il y a lieu)
Adresse : Numéro et rue	C.P.	Ville	Province
Code postal			
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur		

### B. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Nom : Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	Numéro d'identification ou de certificat de l'employé	Numéro de division de l'employé ou de la personne à charge	Date de naissance (JJ-MM-AA)
Adresse : Numéro et rue	C.P.	Ville	Province	Code postal	

### C. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Date de l'entrée en service de l'employé (JJ-MM-AA)	Date d'effet de la protection d'A.M.G. pour l'employé (JJ-MM-AA)
Montant de la protection d'A.M.G. pour l'employé	Date d'effet de la protection d'A.M.G. pour la ou les personnes à charge (JJ-MM-AA)
Montant de la protection d'A.M.G. pour la ou les personnes à charge	

### DÉCLARATION

JE DÉCLARE PAR LES PRÉSENTES QUE LES RÉPONSES AUX QUESTIONS CI-DESSUS SONT EXACTES ET COMPLÈTES.

Signature autorisée : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Retournez à :  
 La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
 Assurance créances, Unité de l'assurance contre les maladies graves  
 330 avenue University S3  
 Toronto ON M5G 1R8  
[GroupCIClaims@canadavie.com](mailto:GroupCIClaims@canadavie.com)  
 Numéro sans frais : 1 866 907-2395  
 Numéro de télécopieur : 416 552-6557